



まちいしゃ
**町医者で
行こう!!**

第127回

岸田新政権に望む医療政策

—コロナ対策・感染症法・在宅医療について

コロナ対策を最優先に

衆院選挙が終わり、岸田新政権が本格的に始動した。今回、岸田新政権に期待する医療政策を述べたい。

まずは2年近くに及ぶコロナ禍をどう「収束」させるかに総力を挙げて欲しい。よく「出口戦略」と言われるが、それは決して「ゼロコロナ」ではない。あくまで「ウィズコロナ」であることを国民に広く啓発すべきだと思う。「いつでも誰でも無料PCR検査」は慎重に行わないと大きな混乱をもたらす。十分なシミュレーションをしてから実施して欲しい。行き過ぎた自粛やワクチン差別、分断には国が主導して声を上げるべきだ。菅前総理は「総合的・俯瞰的」という言葉をよく用いたが、岸田総理にはコロナ対策において総合的・俯瞰的に政策を検討してほしい。そのためには、専門家や学者だけでなく広く現場の意見を聞いて欲しい。在宅医療の現場で活躍した多職種も政府分科会のメンバーに加えるべきだ。岸田総理は「人の話をよく聞くこと」が特技であると自認されているので、大いに期待している。

縦割り行政による感染症対策では第6波が来た時にまた医療崩壊は免れない。再び医療崩壊しないためには保健所ではない医療の司令塔を各都道府県に置くべきである。宮城県方式のように医師同士の病診連携が保健所を介在しなくてもできるような連携システムの構築が急務である。既に抗体カクテル療法が重症化リスクのある濃厚接触者に予防投与できるようになったが、感染が判明したらその場で早期治療ができる仕組みをつくるべきだ。いずれにせよコロナ対策を最優先にして欲しい。

感染症法に「時間」という概念を

2021年2月3日以降、新型コロナウイルスの感染症法上の

位置づけは「新型インフルエンザ等感染症」である。感染者の私権の制限は大変厳しく、1類(ペストやエボラ出血熱)以上の扱いが続いている。巷では「2類相当」と言われているが、1類も2類も保健所管轄となる。入院手配をできるのは保健所だけで、通常の病診連携ができない。

筆者は昨年3月からコロナをインフルエンザと同じ5類にすることを主張してきた。インフルエンザと同様に開業医による早期診断、即介入をすることで重症化する人を減らせると考えるからだ。実際、約1200人の感染者に早期治療を行い、600人には24時間管理を実践し、これまでコロナによる死亡診断書は一枚も書いていない。詳細は、近著『ひとりも、死なせへん』(ブクマン社)に書いたとおりだ。「2類・5類問題」は昨年夏から国会でも何度か議論された。しかし現在も分科会の反対で5類になる見込みはなさそうだ。

我が国の感染症法の歴史を振り返ると、結核対策の歴史と重なっている。特効薬がなかった時代の感染症は、「隔離」しか手がなかった。しかし、コロナと結核はまったく性格が異なる。コロナは数日で死亡しうる急性疾患である。一方、結核はすぐには命が奪われることはない慢性疾患である。感染症法上、結核は2類に位置づけられて保健所が管轄する。しかし今回のコロナのように感染爆発をするとマンパワーが脆弱な保健所は容易に崩壊し自宅待機中の死亡者が出てしまう。感染症法は微生物の病原性で分類されているそうだが、「時間」という概念がない。昔は治療薬がなかったからであろう。しかし今回のコロナは早期治療で命が救えるのだ。のんびりした感染症である結核と同様にコロナを扱っていること自体、無理がある。

もしもコロナが「新型インフルエンザ等感染症」と同

じ箱からなかなか出してもらえないのであれば、せめて感染症法に「時間」という概念を加味すべきではないか。具体的には隔離機能と医療機能の分離である。医療機能は保健所を介さない通常の病診連携で行うべきだ。ちなみに、5類への変更は厚生労働大臣の「政令」でできる。岸田総理には、第4、5波における医療崩壊の本質を検証頂き、重症化させないための法的整備を早急をお願いしたい。もしもコロナを5類にすることができないのであれば感染症法に微生物の「病原性」だけでなく、「時間」という概念を加えるよう国会議論をして頂きたい。

在宅医療の健全な推進を

コロナ禍が医療界にもたらした影響はいくつかある。町医者の立場で影響を感じたものは在宅医療とオンライン診療であった。コロナ禍に伴う厳しい面会制限で在宅移行や在宅看取りがかつてないスピードで増えた。今後、在宅医療を健全に推進するためには、保険診療規則の簡素化と医療費の見える化が急務と考える。

まずは在宅医療の診療報酬を包括制にすることにより簡素化を図るべきだ。病院医療はDPCによる包括制が導入されている。同様に在宅医療も段階的に包括制を導入して出来高や加算を少なくするべきだ。また居宅と集合住宅の4倍もの診療報酬格差の解消も急務である。現行のままでは患者さんに説明できない。集合住宅の報酬体系を実態に合わせる必要があるが、ここにも包括性の導入を考えるべきである。在宅医療の医療費は、一般の診療所、在宅療養支援診療所、機能強化型在宅療養支援診療所では診療報酬が異なり、一物三価が続いている。それぞれの医療費の内容を市民に分かり易く説明するのは国の義務である。一方で在宅医療関係団体の世話人をやっていると、あまりにもレベルの低いクレームも多い。たとえば、24時間管理をやっていない診療所が24時間管理の保険請求をした時に、その診療所をどう処遇するのか。いわゆる悪徳在宅クリニックの指導も課題である。

今年2月に公開された2本の映画『痛くない死に方』(筆者の著書を高橋伴明監督が映画化)と『けったいな町医者』(筆者の町医者としての日常を記録したドキュメンタリー)は、国内外の映画賞を受賞した。東京では11月19日から、大阪では12月10日からアンコール上映されるので岸田総理にも機会があれば観て欲し

い。コロナ禍で急増した在宅医療の質やあるべき在宅医療を議論する時だ。

市民も医師もウィンウィンのオンライン診療を

なかなか進まなかったオンライン診療もコロナ禍で前進した。オンラインというと新しく機器を揃えないといけないと思っていたが、携帯電話による会話でも良いという。今や多くの高齢者が携帯電話を持っているので、ショートメールの仕方を教えてメールで情報交換する機会が一気に増えた。その結果、深夜に電話で起こされることも激減した。

オンライン診療のデメリットとして診療報酬が安いことと、聴診や触診ができないために誤診する可能性がある。しかしオンライン診療はあくまでリアル診療を補完するものと考え、利便性を享受している。たとえば外来患者さんは2回に1回はオンライン診療でも構わない、というルールができないものか。病状が落ち着いている生活習慣病やCPAPを装着中の睡眠時無呼吸症候群の患者さんは、2カ月に1回のリアル診療で十分ではないか。2カ月処方と1カ月処方2回では意味が違う。オンライン診療を交えながら1カ月に1回は状態を確認することはお互いに意義がある。

昨年春の第2波の時には、月1回の訪問診療をオンライン診療で代用しても構わない、という通達が出た。あるいは月2回の定期訪問のうち1回はオンライン診療でも構わないという通達もあった。期間限定の特例措置であったのだが、合理的であった。

在宅医療といっても病態は様々である。毎日のように訪問する必要がある急性期在宅もあれば、老化がメインの慢性期在宅も多い。症状が安定していれば月1回のリアル訪問か、またはオンライン診療で十分という患者さんもたくさんおられる。外来同様に訪問は2カ月に1回でもいい、となれば往診する手間は半減する。国や日本医師会は「かかりつけ医型の在宅」を推進しているが、オンライン診療を上手に織り込むことで新たに取り組む開業医や病院が増えるのではないか。市民も医師もウィンウィンのオンライン診療のあり方を模索して欲しい。

ながお かずひろ：1984年東京医大卒。95年、尼崎市に複数医師による年中無休の外来・在宅ミックス型診療所「長尾クリニック」を開業。近著に『ひとりも、死なせへん〜コロナ禍と闘う尼崎の町医者、551日の壮絶日記』(ブクマン社)

18 特集

診療所でできる！ 変形性膝関節症の保存療法

宗田 大ほか

01 キーフレーズで読み解く 外来診断学

抗菌薬により改善する発熱を主訴に受診した56歳男性
生坂政臣 ほか

07 胸部画像診断トレーニング

この病変から考えられる疾患は？
林 秀行

10 難渋症例から学ぶ診療のエッセンス

圧迫骨折を契機に診断された多発性骨髄腫
久富木庸子 ほか

12 プライマリ・ケアの理論と実践

ポリファーマシーをいかに減らすか
矢吹 拓

14 まとめてみました 最近気になること

どうなる？ 診療報酬改定
財務省「躊躇なくマイナス改定すべき」

54 長尾和宏の町医者で行こう！！

岸田新政権に望む医療政策
——コロナ対策・感染症法・在宅医療について
長尾和宏



03 プラタナス

16 感染症発生动向調査

39 私の治療

50 プロからプロへ

68 NEWS DIGEST

71 DATA

72 学会・研究会・セミナー情報

74 ドクター求 NAVI / 掲示板

56 医療界を読み解く【識者の眼】

和田耕治 接種がこれからの方の分析と対応

佐藤敏信 米国民の保険制度

岡本悦司 マイナンバーカード保険証化

本田秀夫 増加が止まらない児童虐待

堀 有伸 PTSDの症状をめぐって

渡辺晋一 日本と海外の専門医の違い

並木隆雄 生体防御反応としての発熱と漢方

中井祐一郎 『母性』という縛り

西 智弘 緩和ケアとバーンアウト

田中章太郎 ザイタクを SNS 発信で

竹村洋典 日本の総合診療がすべきこと